

# Resumen de beneficios

---

## **Humana Gold Plus SNP-DE H0028-032 (HMO D-SNP)**

Dallas

Determinados condados en Texas

Nuestra área de servicio incluye el/los siguiente(s) condado(s) en Texas: Anderson, Angelina, Bowie, Cass, Collin, Cooke, Dallas, Delta, Denton, Ellis, Fannin, Freestone, Grayson, Gregg, Harrison, Henderson, Johnson, Kaufman, Lamar, Leon, Montague, Nacogdoches, Navarro, Parker, Red River, Rockwall, Rusk, Smith, Tarrant, Titus, Upshur, Van Zandt, Wise.

## Lista de verificación previa a la inscripción

Antes de tomar una decisión sobre la inscripción, es importante que usted comprenda completamente nuestros beneficios y reglas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar para hablar con un representante de servicio al cliente al **1-800-833-2364 (TTY: 711)**.

### Entender los beneficios

- La Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) provee una lista completa de todos los servicios y la cobertura. Es importante que revise la cobertura, los costos y los beneficios del plan antes de que se afilie. Visite **es-[www.humana.com/medicare](http://www.humana.com/medicare)** o llame al **1-800-833-2364 (TTY: 711)** para ver una copia de la Evidencia de cobertura.
- Revise el directorio de proveedores (o pregúntele a su médico) para asegurarse de que los médicos que actualmente visita se encuentren en la red. Si no están en la lista, probablemente tenga que seleccionar un médico nuevo.
- Revise el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que utiliza para cualquier medicamento recetado esté en la red. Si la farmacia no está en la lista, probablemente tenga que seleccionar una farmacia nueva para sus medicamentos recetados.
- Revise el formulario para asegurarse de que sus medicamentos están cubiertos.

### Entender las reglas importantes

- Además de su prima mensual del plan, usted debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare. Esta prima normalmente se deduce de su cheque del Seguro Social todos los meses. Las primas de la Parte A/ Parte B podrían ser pagadas por Texas Health and Human Services Commission (HHSC) Medicaid Program.
- Los beneficios, las primas y/o los copagos/coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2026.
- Efecto sobre la cobertura actual.** Si actualmente está inscrito en un plan Medicare Advantage, su cobertura de cuidado de la salud actual de Medicare Advantage finalizará una vez que comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Si tiene Tricare, su cobertura puede verse afectada una vez que comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Para obtener más información, póngase en contacto con Tricare. Si tiene un plan Medigap, una vez que comience su cobertura de Medicare Advantage, es posible que desee cancelar su póliza Medigap porque estará pagando por una cobertura que no podrá utilizar.
- Los servicios de proveedores fuera de la red (médicos que no aparecen en el directorio de proveedores) no están cubiertos, excepto en situaciones de emergencia o urgencia.
- Este plan es un plan que cubre a personas con necesidades especiales y que tienen doble elegibilidad (D-SNP, por sus siglas en inglés). Su capacidad para inscribirse se basará en la verificación de que tiene derecho tanto a Medicare como a asistencia médica de un plan estatal en virtud de Medicaid. Este plan puede inscribir a QMB, QMB+, SLMB+.



# Hablemos sobre Humana Gold Plus SNP-DE H0028-032 (HMO D-SNP)

Obtenga más información sobre el plan Humana Gold Plus SNP-DE H0028-032 (HMO D-SNP), incluidos los servicios de salud y de medicamentos que cubre, con esta guía fácil de usar.

Humana Gold Plus SNP-DE H0028-032 (HMO D-SNP) es un plan de Cuidado coordinado HMO con un contrato con Medicare y un contrato con Texas Health and Human Services Commission (HHSC) Medicaid Program. La inscripción en este plan de Humana depende de la renovación del contrato.

La información que proveemos sobre los beneficios es un resumen de lo que cubrimos y lo que usted paga. No abarca todos los servicios que cubrimos ni tampoco la totalidad de limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, consulte la Evidencia de cobertura del plan en nuestro sitio web, **es-[www.humana.com/PlanDocuments](http://www.humana.com/PlanDocuments)**.

Como afiliado debe seleccionar a un médico dentro de la red dentro del área de servicio que aparezca en este documento para que actúe como su proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés). Humana Gold Plus SNP-DE H0028-032 (HMO D-SNP) cuenta con una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si utiliza proveedores que no pertenecen a nuestra red, es posible que el plan no pague por estos servicios.

Usted tiene acceso a coordinadores de cuidado de la salud. Los coordinadores de cuidado de la salud son profesionales de enfermería o administradores de cuidado de la salud que respaldan su salud y su bienestar al proveer servicios adicionales tales como: coordinación del cuidado para afecciones crónicas y agudas, apoyo para la salud por vía telefónica y en persona, asistencia en la coordinación de beneficios de Medicare y Medicaid, recursos y talleres educativos, y apoyo a familiares y cuidadores.

## Para ser elegible

Si usted recibe tanto los beneficios de Medicare como los de Medicaid, esto significa que usted tiene doble elegibilidad. Para inscribirse en Humana Gold Plus SNP-DE H0028-032 (HMO D-SNP), un Plan de necesidades especiales para personas con doble elegibilidad, usted debe tener derecho a la Parte A de Medicare y estar inscrito en la Parte B de Medicare, vivir en nuestra área de servicio y además recibir determinados niveles de asistencia de Texas Health and Human Services Commission (HHSC) Medicaid Program.

Humana Gold Plus SNP-DE H0028-032 (HMO D-SNP) puede inscribir a QMB, QMB+, SLMB+.

Beneficiario de Medicare elegible (QMB, por sus siglas en inglés): ayuda a pagar las primas de las Partes A y B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos).

Beneficiario de Medicare elegible Plus (QMB+, por sus siglas en inglés): ayuda a pagar las primas de las Partes A y B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos) y proporciona beneficios completos de Medicaid para los servicios de Medicaid proporcionados por proveedores de Medicaid.

Beneficiario especificado de bajos ingresos de Medicare Plus (SLMB+, por sus siglas en inglés): ayuda a pagar las primas de la Parte B y proporciona beneficios completos de Medicaid para los servicios de Medicaid proporcionados por proveedores de Medicaid.

## Nombre del plan:

Humana Gold Plus SNP-DE H0028-032 (HMO D-SNP)

## Más información sobre Humana Gold Plus SNP-DE H0028-032 (HMO D-SNP)

Como afiliado de este plan, usted no será responsable de los costos compartidos para los beneficios del plan. La tabla comparativa de beneficios de Medicaid muestra los beneficios específicos que Medicaid puede cubrir para algunos afiliados con doble elegibilidad. Trabajaré con su coordinador de cuidado de Humana para comprender y acceder a estos beneficios. La tabla de beneficios médicos y hospitalarios cubiertos muestra los beneficios que usted recibirá de Humana.

Asegúrese de mostrar la tarjeta de identificación de Texas Health and Human Services Commission

**Humana.**

(HHSC) Medicaid Program además de su tarjeta de afiliado de Humana para que su proveedor tenga conocimiento de que usted también tiene cobertura de Medicaid. Es posible que usted deba pagar un pequeño copago específico de Medicaid. Humana paga primero sus servicios y luego los paga Medicaid.

### **Cómo contactarnos:**

Si tiene preguntas sobre sus beneficios o sobre su nivel de elegibilidad para recibir asistencia de Medicaid, debe contactar al Departamento de Atención al cliente de Humana o a Texas Health and Human Services Commission (HHSC) Medicaid Program para obtener más detalles.

Si usted es afiliado de este plan, llame sin costo al: **1-800-457-4708 (TTY: 711).**

Si **no** es afiliado de este plan, llame sin costo al: **1-800-833-2364 (TTY: 711).**

### **Del 1 de octubre al 31 de marzo:**

Llame los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.

### **Del 1 de abril al 30 de septiembre:**

Llame de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.

También puede visitar nuestro sitio web: **es-[www.humana.com/Medicare/](http://www.humana.com/Medicare/).**

Los beneficios de Medicaid se validaron por última vez el 1 de julio de 2024 y están sujetos a cambio. Para obtener la información más actualizada sobre la cobertura de Medicaid de Texas visite el sitio web de Texas Health and Human Services Commission (HHSC) Medicaid Program, en **<https://www.hhs.texas.gov/services/health/medicaid-chip>** o llame a la línea directa de Medicaid al 1-800-252-8263 (llamada gratuita) 1-512-424-6597 (TTY).



### **Una asociación saludable**

¡Obtenga más provecho de este plan — con los servicios y recursos adicionales que le provee Humana!



## Prima mensual, deducible y límites

<b>Prima mensual del plan</b>	<b>\$0</b> Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare. Su prima de la Parte A y/o su prima de la Parte B pueden ser pagadas en su nombre por Texas Health and Human Services Commission (HHSC) Medicaid Program.
<b>Deducible médico</b>	Este plan no tiene deducible.
<b>Deducible de farmacia (Parte D)</b>	Deducible de <b>\$0</b> si usted recibe "Ayuda adicional".
<b>Responsabilidad máxima de desembolso personal</b> La cantidad máxima que usted paga por copagos, coseguro y otros costos de servicios médicos cubiertos durante el año	<b>\$9,350</b> dentro de la red Si es elegible para asistencia con los costos compartidos de Medicare según Texas Health and Human Services Commission (HHSC) Medicaid Program, no es responsable de pagar ningún gasto de desembolso personal en función de la cantidad máxima de desembolso personal por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.



## Beneficios médicos

### LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE HUMANA

#### COBERTURA HOSPITALARIA A PACIENTES INTERNADOS

Este plan cubre una cantidad ilimitada de días para una estadía como paciente internado. Copago de **\$0**

#### COBERTURA HOSPITALARIA A PACIENTES AMBULATORIOS

**Colonoscopia de diagnóstico** Copago de **\$0**

**Mamografía de diagnóstico** Copago de **\$0**

**Servicios de cirugía** Copago de **\$0**

#### CENTRO DE CIRUGÍA AMBULATORIA

**Colonoscopia de diagnóstico** Copago de **\$0**

**Servicios de cirugía** Copago de **\$0**

#### VISITAS AL MÉDICO

##### Proveedor de cuidado primario (PCP)

- Consultorio de un PCP Copago de **\$0**
- Telesalud Copago de **\$0**

##### Especialista

- Consultorio de un especialista Copago de **\$0**
- Telesalud Copago de **\$0**

No necesita un referido para recibir servicios cubiertos de proveedores del plan. Ciertos procedimientos, servicios y medicamentos pueden requerir la aprobación por adelantado de este plan. Esto se denomina "preautorización". Para obtener más información sobre los servicios que requieren un referido o preautorización del plan, contacte a su PCP, consulte la Evidencia de cobertura (EOC) para este plan, o visite [es-www.humana.com/PAL](http://es-www.humana.com/PAL).

**Humana.**



## LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE HUMANA

### CUIDADO PREVENTIVO

Este plan cubre todos los servicios preventivos de Medicare, los cuales incluyen:

Copago de **\$0**

- **Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal**
- **Prueba de detección y asesoramiento para abuso del alcohol**
- **Consulta anual de bienestar (AWV, por sus siglas en inglés)**
- **Medición de la masa ósea**
- **Prueba de detección del cáncer de mama (mamografía)**
- **Consulta de reducción de riesgo de enfermedad cardiovascular**
- **Pruebas de detección de enfermedad cardiovascular**
- **Prueba de detección de cáncer de cuello uterino y vaginal**
- **Pruebas de detección de cáncer colorrectal**
- **Prueba de detección de la depresión**
- **Prueba de detección de diabetes**
- **Capacitación para el automanejo de la diabetes**
- **Prueba de detección de glaucoma**
- **Prueba de detección de VIH**
- **Vacunas**
- **Prueba de detección de cáncer de pulmón**
- **Terapia de nutrición médica**
- **Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP, por sus siglas en inglés)**
- **Prueba de detección y terapia para la obesidad**
- **Exámenes de pruebas de detección de cáncer de próstata**
- **Examen físico rutinario**
- **Prueba de detección y asesoramiento para infecciones de transmisión sexual (STI, por sus siglas en inglés)**

*No necesita un referido para recibir servicios cubiertos de proveedores del plan. Ciertos procedimientos, servicios y medicamentos pueden requerir la aprobación por adelantado de este plan. Esto se denomina "preautorización". Para obtener más información sobre los servicios que requieren un referido o preautorización del plan, contacte a su PCP, consulte la Evidencia de cobertura (EOC) para este plan, o visite [es-www.humana.com/PAL](http://es-www.humana.com/PAL).*



## LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE HUMANA

- **Asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco**

- **Consulta preventiva "Bienvenido a Medicare"**

Cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año de contrato estará cubierto.

### CUIDADO MÉDICO EN CASOS DE EMERGENCIA

#### Sala de emergencias

Copago de **\$0**

Si está admitido al mismo hospital dentro de 24 horas, no tiene que pagar su parte del costo para el cuidado de emergencia.

#### Servicios médicos y profesionales en la sala de emergencias

Copago de **\$0**

### SERVICIOS QUE SE NECESITAN CON URGENCIA

- **Telesalud**

Copago de **\$0**

- **Centro de cuidado de urgencia**

Copago de **\$0**

Los servicios que se necesitan con urgencia se proveen para tratar una enfermedad, lesión o afección médica imprevista que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata.

### SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO, LABORATORIO E IMÁGENES

#### Servicios de imágenes avanzadas (MRI, MRA, PET y escaneo CT):

- Centro de radiología independiente

Copago de **\$0**

- Hospital para pacientes ambulatorios

Copago de **\$0**

- Consultorio de un PCP

Copago de **\$0**

- Consultorio de un especialista

Copago de **\$0**

#### Servicios de radiología básicos (radiografías):

- Centro de radiología independiente

Copago de **\$0**

- Hospital para pacientes ambulatorios

Copago de **\$0**

- Consultorio de un PCP

Copago de **\$0**

- Consultorio de un especialista

Copago de **\$0**

- Centro de cuidado de urgencia

Copago de **\$0**

No necesita un referido para recibir servicios cubiertos de proveedores del plan. Ciertos procedimientos, servicios y medicamentos pueden requerir la aprobación por adelantado de este plan. Esto se denomina "preautorización". Para obtener más información sobre los servicios que requieren un referido o preautorización del plan, contacte a su PCP, consulte la Evidencia de cobertura (EOC) para este plan, o visite [es-www.humana.com/PAL](http://es-www.humana.com/PAL).

**Humana.**



## LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE HUMANA

### Mamografía de diagnóstico

- Centro de radiología independiente Copago de **\$0**
- Consultorio de un especialista Copago de **\$0**

### Pruebas y procedimientos de diagnóstico:

- Hospital para pacientes ambulatorios Copago de **\$0**
- Consultorio de un PCP Copago de **\$0**
- Consultorio de un especialista Copago de **\$0**
- Centro de cuidado de urgencia Copago de **\$0**

### Servicios de laboratorio

- Laboratorio independiente Copago de **\$0**
- Hospital para pacientes ambulatorios Copago de **\$0**
- Consultorio de un PCP Copago de **\$0**
- Consultorio de un especialista Copago de **\$0**
- Centro de cuidado de urgencia Copago de **\$0**

### Servicios y medicina nucleares

- Centro de radiología independiente Copago de **\$0**
- Hospital para pacientes ambulatorios Copago de **\$0**

### Estudio del sueño

- Hogar del afiliado Copago de **\$0**
- Hospital para pacientes ambulatorios Copago de **\$0**
- Consultorio de un especialista Copago de **\$0**

### Radiología terapéutica (Radioterapia)

- Centro de radiología independiente Copago de **\$0**
- Hospital para pacientes ambulatorios Copago de **\$0**
- Consultorio de un especialista Copago de **\$0**

## SERVICIOS PARA LA AUDICIÓN

**Servicios para la audición cubiertos por Medicare** Copago de **\$0**

### Beneficio suplementario obligatorio para servicios de la audición

Puede encontrar el localizador de proveedores para servicios suplementarios obligatorios para servicios de la audición en [es-www.humana.com](http://es-www.humana.com) > Encontrar cuidado.

### HER814

- Copago de **\$0** por ajuste o evaluación, exámenes auditivos rutinarios, hasta 1 por año.
- Cantidad máxima de cobertura de beneficios de **\$1,000** para audífonos de venta sin receta (OTC, por sus siglas en inglés) y recetados (de todo tipo), hasta 2 cada 3 años.

*No necesita un referido para recibir servicios cubiertos de proveedores del plan. Ciertos procedimientos, servicios y medicamentos pueden requerir la aprobación por adelantado de este plan. Esto se denomina "preautorización". Para obtener más información sobre los servicios que requieren un referido o preautorización del plan, contacte a su PCP, consulte la Evidencia de cobertura (EOC) para este plan, o visite [es-www.humana.com/PAL](http://es-www.humana.com/PAL).*





## LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE HUMANA

## SERVICIOS DENTALES

## Servicios dentales cubiertos por Medicare

Copago de **\$0****Beneficio suplementario obligatorio para servicios dentales**

Se pueden aplicar limitaciones y exclusiones. Las reclamaciones enviadas están sujetas a un proceso de revisión que puede incluir una revisión clínica y antecedentes dentales para aprobar la cobertura. Es posible que los beneficios dentales conforme a este plan no cubran todos los códigos de procedimiento de la Asociación Dental Americana (ADA). Los servicios recibidos que no estén enumerados no tendrán cobertura del plan y serán responsabilidad del afiliado. El afiliado es responsable de cualquier cantidad por encima del límite de cobertura dental. Los beneficios se ofrecen en base al año calendario. Toda cantidad no utilizada al final del año vencerá. La información sobre cada plan está disponible en **es-[www.humana.com/sb](http://www.humana.com/sb)**.

Los dentistas de la red han aceptado proveer servicios cubiertos a tarifas contratadas (según el cuadro de tarifas dentro de la red o INFS, por sus siglas en inglés). Si un afiliado visita a un dentista participante de la red, el afiliado no recibirá una factura por cargos superiores a los del cuadro de tarifas negociadas (pero el pago de cualquier coseguro pertinente continúa siendo aplicable).

HumanaDental: Encontrar un dentista en la red de HumanaDental Medicare de todo el país en **es-[www.humana.com](http://www.humana.com)** > Encontrar cuidado.

**DEN348**

- Copago de **\$0** para raspado y pulido radicular (limpieza profunda) hasta 1 por cuadrante cada 3 años.
- Copago de **\$0** para evaluación bucal integral o periodontal, ajuste oclusal, raspado por inflamación moderada hasta 1 cada 3 años.
- Copago de **\$0** para recementado de puentes dentales, puentes dentales pónicos, recementado de corona, radiografía panorámica o radiografías de diagnóstico hasta 1 cada 5 años.
- Copago de **\$0** por puentes-coronas hasta 2 cada 5 años.
- Copago de **\$0** por corona, otros servicios de restauración: reconstrucción de muñón y poste y muñón prefabricado, conducto radicular, nuevo tratamiento de conducto radicular hasta 1 por diente de por vida.
- Copago de **\$0** por radiografías de mordida, radiografías intrabucales, hasta 1 juego por año.
- Copago de **\$0** por examen de diagnóstico de emergencia hasta 1 por año.
- Copago de **\$0** para el tratamiento de emergencia por dolor, cirugía bucal, examen bucal periódico, profilaxis (limpieza) hasta 2 por año.
- Copago de **\$0** para el mantenimiento periodontal hasta 4 por año.
- Copago de **\$0** para empaste de amalgama o resina compuesta, anestesia necesaria con un servicio cubierto, extracción simple o quirúrgica, sin límite por año.
- Cantidad máxima de cobertura de beneficios de **\$4,000** por año para todos los beneficios preventivos/de diagnóstico e integrales.

No necesita un referido para recibir servicios cubiertos de proveedores del plan. Ciertos procedimientos, servicios y medicamentos pueden requerir la aprobación por adelantado de este plan. Esto se denomina "preautorización". Para obtener más información sobre los servicios que requieren un referido o preautorización del plan, contacte a su PCP, consulte la Evidencia de cobertura (EOC) para este plan, o visite **es-[www.humana.com/PAL](http://www.humana.com/PAL)**.

**Humana.**



## LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE HUMANA

## SERVICIOS PARA LA VISTA

**Anteojos (después de una cirugía de cataratas)** Copago de **\$0**

**Examen de la vista para diabéticos cubierto por Medicare** Copago de **\$0**

**Servicios para la vista cubiertos por Medicare** Copago de **\$0**  
Puede encontrar el localizador del proveedor de servicios para la vista cubiertos por Medicare en **es-[www.humana.com](http://www.humana.com)** > Encontrar cuidado.

**Beneficios suplementarios obligatorios de servicios para la vista**

Se proveen los beneficios suplementarios obligatorios de servicios para la vista a través de la red Humana Medicare Insight. Puede encontrar el localizador de proveedores en **es-[www.humana.com](http://www.humana.com)** > Encontrar cuidado.

**VIS735**

- Copago de **\$0** por examen rutinario, hasta 1 por año.
- Cantidad máxima de cobertura de beneficios de **\$200** por año para lentes de contacto o anteojos (lentes y monturas) y ajustes para anteojos (lentes y monturas).
- O BIEN
- cantidad máxima de cobertura de beneficios de **\$250** por año en proveedor de PLUS para lentes de contacto o anteojos (lentes y monturas) y ajustes para anteojos (lentes y monturas).
- Las opciones de lentes para anteojos pueden estar disponibles con la cantidad máxima de cobertura de beneficios hasta 1 par por año.
- La cantidad máxima de cobertura de beneficios se limita a un solo uso por año.
- No se pueden combinar las cantidades máximas de cobertura de beneficios.

Los proveedores PLUS forman parte de Humana Medicare Insight Network y aparecen en los resultados de búsqueda del localizador de proveedores.

## SERVICIOS PARA LA SALUD MENTAL

**Paciente internado** Copago de **\$0**  
Este plan cubre hasta 190 días de por vida para cuidado de la salud mental para pacientes internados en un hospital psiquiátrico

*No necesita un referido para recibir servicios cubiertos de proveedores del plan. Ciertos procedimientos, servicios y medicamentos pueden requerir la aprobación por adelantado de este plan. Esto se denomina "preautorización". Para obtener más información sobre los servicios que requieren un referido o preautorización del plan, contacte a su PCP, consulte la Evidencia de cobertura (EOC) para este plan, o visite **es-[www.humana.com/PAL](http://www.humana.com/PAL)**.*



## LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE HUMANA

### Consultas de terapia para salud mental

- Hospital para pacientes ambulatorios Copago de **\$0**
- Hospitalización parcial Copago de **\$0**
- Consultorio de un especialista Copago de **\$0**

### Servicios ambulatorios para farmacodependencia

- Hospital para pacientes ambulatorios Copago de **\$0**
- Hospitalización parcial Copago de **\$0**
- Consultorio del especialista Copago de **\$0**
- Telesalud Copago de **\$0**

### CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA (SNF, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)

- Este plan cubre hasta 100 días en un centro de enfermería especializada (SNF) Copago de **\$0**

### AMBULANCIA

Copago de **\$0**

### TRANSPORTE

El afiliado *debe* comunicarse con el proveedor de transporte para organizar el transporte y debería comunicarse con Atención al cliente para ser dirigido al proveedor de transporte específico de su plan.

Copago de **\$0** para localidades aprobadas por el plan, hasta 60 viajes sencillos por año. Este beneficio no debe exceder las 50 millas por viaje.

### MEDICAMENTOS DE LA PARTE B DE MEDICARE

#### Vacunas y sueros antialérgicos:

- Consultorio de un PCP Copago de **\$0**
- Consultorio de un especialista Copago de **\$0**

#### Medicamentos para quimioterapia

- Hospital para pacientes ambulatorios Copago de **\$0**
- Consultorio de un especialista Copago de **\$0**

No necesita un referido para recibir servicios cubiertos de proveedores del plan. Ciertos procedimientos, servicios y medicamentos pueden requerir la aprobación por adelantado de este plan. Esto se denomina "preautorización". Para obtener más información sobre los servicios que requieren un referido o preautorización del plan, contacte a su PCP, consulte la Evidencia de cobertura (EOC) para este plan, o visite [es-www.humana.com/PAL](http://es-www.humana.com/PAL).



## Beneficios médicos (cont.)

H0028032000

### LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE HUMANA

#### Otros medicamentos de la Parte B

• Hospital para pacientes ambulatorios	Copago de <b>\$0</b>
• Consultorio de un PCP	Copago de <b>\$0</b>
• Farmacia	Copago de <b>\$0</b>
• Consultorio de un especialista	Copago de <b>\$0</b>

#### Insulina de la Parte B

• Hospital para pacientes ambulatorios	Copago de <b>\$0</b>
• Consultorio de un PCP	Copago de <b>\$0</b>
• Farmacia	Copago de <b>\$0</b>
• Consultorio de un especialista	Copago de <b>\$0</b>



## Beneficios de medicamentos recetados

### ASPECTOS DESTACADOS DEL PLAN

#### Beneficio de copago de \$0 para medicamentos recetados

Si recibe "Ayuda adicional", pagará **\$0** por todos los medicamentos recetados cubiertos por el plan de la Parte D de Medicare durante todo el año calendario.

#### Suministro de 100 días

Suministro de hasta 100 días de medicamentos elegibles

#### Vacunas de \$0

Copago de **\$0** por vacunas cubiertas por la Parte D para adultos recomendadas por el Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (ACIP, por sus siglas en inglés).

Si no recibe "Ayuda adicional", consulte el Capítulo 6 de la Evidencia de cobertura para obtener más detalles sobre el beneficio de medicamentos recetados.

Para encontrar cuáles farmacias están disponibles en nuestra red, visite [es-www.humana.com/pharmacyfinder](http://es-www.humana.com/pharmacyfinder).

\*Algunos medicamentos están limitados a un suministro de 30 días y otros pueden ser elegibles para un suministro de hasta 100 días.

*No necesita un referido para recibir servicios cubiertos de proveedores del plan. Ciertos procedimientos, servicios y medicamentos pueden requerir la aprobación por adelantado de este plan. Esto se denomina "preautorización". Para obtener más información sobre los servicios que requieren un referido o preautorización del plan, contacte a su PCP, consulte la Evidencia de cobertura (EOC) para este plan, o visite [es-www.humana.com/PAL](http://es-www.humana.com/PAL).*



## Beneficios adicionales

H0028032000

### LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE HUMANA

<b>Servicios de acupuntura (cubiertos por Medicare)</b>	Copago de <b>\$0</b> para acupuntura por dolor lumbar crónico, hasta 20 consultas por año
---	---

<b>Servicios quiroprácticos (cubiertos por Medicare)</b>	Copago de <b>\$0</b>
--	----------------------

<b>Cuidado de los pies (cubierto por Medicare) (podología)</b>	Copago de <b>\$0</b>
--	----------------------

### EQUIPO / SUMINISTROS MÉDICOS

#### Monitor continuo de glucosa (CGM, por sus siglas en inglés)

• Proveedor de equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés)	Copago de <b>\$0</b>
• Farmacia	Copago de <b>\$0</b>

#### Suministros para el control de la diabetes

• Proveedor para diabetes	Copago de <b>\$0</b>
• Farmacia minorista de la red	Copago de <b>\$0</b>
• Proveedor preferido para diabetes	Copago de <b>\$0</b>

<b>Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés)</b>	Copago de <b>\$0</b>
---	----------------------

<b>Suministros médicos en un suministrador de suministros médicos</b>	Copago de <b>\$0</b>
---	----------------------

<b>Dispositivos protésicos y suministros relacionados</b>	Copago de <b>\$0</b>
---	----------------------

### SERVICIOS DE REHABILITACIÓN

#### Servicios de rehabilitación cardíaca

• Hospital para pacientes ambulatorios	Copago de <b>\$0</b>
• Consultorio de un especialista	Copago de <b>\$0</b>

#### Terapia ocupacional

• Centro de rehabilitación ambulatoria integral	Copago de <b>\$0</b>
• Hospital para pacientes ambulatorios	Copago de <b>\$0</b>
• Consultorio de un especialista	Copago de <b>\$0</b>

#### Terapia física

• Centro de rehabilitación ambulatoria integral	Copago de <b>\$0</b>
• Hospital para pacientes ambulatorios	Copago de <b>\$0</b>
• Consultorio de un especialista	Copago de <b>\$0</b>

Humana.



## Beneficios adicionales (cont.)

### LO QUE USTED PAGA EN ESTE PLAN DE HUMANA

#### Servicios de rehabilitación pulmonar

- Hospital para pacientes ambulatorios Copago de **\$0**
- Consultorio de un especialista Copago de **\$0**

#### Terapia del habla

- Centro de rehabilitación ambulatoria integral Copago de **\$0**
- Hospital para pacientes ambulatorios Copago de **\$0**
- Consultorio de un especialista Copago de **\$0**

#### Terapia de ejercicios supervisados (SET, por sus siglas en inglés) para la enfermedad arterial periférica (PAD, por sus siglas en inglés)

- Hospital para pacientes ambulatorios Copago de **\$0**
- Consultorio de un especialista Copago de **\$0**



## Comparación de beneficios de Medicaid

Los beneficios descritos en la sección Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos que figura anteriormente están cubiertos por Humana Gold Plus SNP-DE H0028-032 (HMO D-SNP). Para cada beneficio descrito a continuación, puede ver lo que cubre Texas Health and Human Services Commission (HHSC) Medicaid Program y lo que cubre este plan.

Todos los beneficios de Texas Health and Human Services Commission (HHSC) Medicaid Program están sujetos a las pautas y requisitos de elegibilidad de Medicaid, y están disponibles solo para personas con doble elegibilidad completa. Si tiene preguntas sobre su elegibilidad para Medicaid y los beneficios a los que tiene derecho, revise su Manual para los afiliados o comuníquese con Texas Health and Human Services Commission (HHSC) Medicaid Program al 1-800-252-8263 (llamada gratuita) 1-512-424-6597 (TTY).

BENEFICIO	BENEFICIO DE MEDICAID	BENEFICIO DE ESTE PLAN
<b>Ambulancia</b>	Hay cobertura	Hay cobertura
<b>Centro de cirugía ambulatoria</b>	Hay cobertura	Hay cobertura
<b>Servicios de diagnóstico, laboratorio, e imágenes</b>	Hay cobertura	Hay cobertura
<b>Visitas a un médico</b>	Hay cobertura	Hay cobertura
<b>Cuidado médico en casos de emergencia</b>	Hay cobertura	Hay cobertura

<b>BENEFICIO</b>	<b>BENEFICIO DE MEDICAID</b>	<b>BENEFICIO DE ESTE PLAN</b>
<b>Anteojos</b>	Hay cobertura	Hay cobertura
<b>Audífonos</b>	No hay cobertura	Hay cobertura
<b>Programas de servicios de exención basados en el hogar y en la comunidad</b>	Hay cobertura	No hay cobertura
<b>Hospital para pacientes hospitalizados</b>	Hay cobertura	Hay cobertura
<b>Servicios de hospitalización para salud mental, servicios de cuidado en un centro de enfermería y servicios de cuidado intermedio en una institución para enfermedades mentales (MD, por sus siglas en inglés), para personas de 65 años de edad y mayores</b>	Hay cobertura	Hay cobertura con limitaciones
<b>Servicios de cuidado para salud mental para pacientes hospitalizados menores de 21 años</b>	Hay cobertura	Hay cobertura con limitaciones
<b>Servicios en centros de cuidado intermedio para personas con discapacidades intelectuales (ICF-IID, por sus siglas en inglés)</b>	Hay cobertura	No hay cobertura
<b>Medicamentos de la Parte B de Medicare</b>	Hay cobertura	Hay cobertura
<b>Servicios de salud mental</b>	Hay cobertura	Hay cobertura
<b>Servicios en centros de enfermería distintos a los proporcionados en una institución para enfermedades mentales</b>	Hay cobertura	Hay cobertura con limitaciones
<b>Cobertura hospitalaria ambulatoria</b>	Hay cobertura	Hay cobertura

<b>BENEFICIO</b>	<b>BENEFICIO DE MEDICAID</b>	<b>BENEFICIO DE ESTE PLAN</b>
<b>Terapia física, ocupacional, del habla</b>	Hay cobertura	Hay cobertura
<b>Cuidado preventivo</b>	Hay cobertura	Hay cobertura
<b>Centro de enfermería especializada</b>	Hay cobertura	Hay cobertura
<b>Transporte</b>	Hay cobertura	Hay cobertura
<b>Servicios que se necesitan con urgencia</b>	Hay cobertura	Hay cobertura





## Más beneficios de **este plan**

Disfrute de algunos de estos beneficios adicionales que incluye su plan. Este es un resumen de lo que cubrimos. No enumera todos los servicios que cubrimos ni enumera todas las limitaciones o exclusiones. La Evidencia de cobertura (EOC) proporciona una lista completa de cobertura y servicios. Visite [es-www.humana.com/PlanDocuments](https://www.humana.com/PlanDocuments) para ver una copia de la Evidencia de cobertura (EOC) o llame al **1-800-833-2364**.

### **Healthy Options Allowance™ de Humana**

Subsidio mensual de **\$100** en una tarjeta prepagada para usar en elementos esenciales que necesite para apoyar su salud.

Este subsidio se puede utilizar para comprar productos aprobados en tiendas minoristas participantes (como comestibles, artículos de venta sin receta para la salud y el bienestar, artículos de cuidado personal, suministros para el hogar, etc.) o para pagar servicios aprobados (gastos mensuales de subsistencia, como alquiler; costos de transporte no médico, como un taxi, Uber, Lyft, etc.).

La cantidad del subsidio no se puede combinar con otros subsidios que pudieran estar en la tarjeta.

Los fondos no utilizados se transfieren al siguiente mes y vencen al final del año del plan.

- El subsidio está disponible para usar al principio de cada mes.
- Es posible que se apliquen limitaciones y restricciones.

**Consulte la sección Humana Spending Account Card para obtener más detalles.**

### **Humana Spending Account Card (Tarjeta de cuenta de gastos de Humana)**

La tarjeta Humana Spending Account Card es lo que usted utiliza para gastar los subsidios incluidos en este plan. Si actualmente tiene una tarjeta Humana Spending Account Card, siga usándola. Los subsidios continuarán cargándose en esta tarjeta. Si no tiene una tarjeta, se le enviará una a usted. Active su tarjeta tan pronto como la reciba por correo.

- Humana no es responsable por fondos perdidos debido a la pérdida o el robo de tarjetas.
- Consulte el reverso de su tarjeta para obtener más información.
- Las cantidades del subsidio no pueden combinarse con otros subsidios para beneficios presentes en la tarjeta.
- Es posible que se apliquen limitaciones y restricciones.

**Beneficio de viajes HMO**

Los afiliados pueden recibir beneficios dentro de la red cuando los servicios se reciben a través de un proveedor participante de la red nacional de Organización para el mantenimiento de la salud (HMO, por sus siglas en inglés) cuando están de viaje en otros estados y Puerto Rico.

Usted debe elegir a un médico de la red dentro del área de servicio mencionado en este documento para actuar como su Proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés).

**Programa de comidas Well Dine® de Humana**

Copago de **\$0** por el programa de comidas Well Dine® de Humana.

Después de su hospitalización de paciente internado en un hospital o centro de enfermería, es posible que sea elegible para recibir 2 comidas entregadas a domicilio por día durante 7 días (hasta 14 comidas).

Las comidas deben solicitarse dentro de los 30 días posteriores al alta de su hospitalización de paciente internado.

Límite de 4 veces por año.

**Recompensas e incentivos Go365® by Humana**

Realice actividades saludables elegibles, como pruebas de detección y exámenes preventivos, y obtenga recompensas.





## Aviso de no discriminación

Humana Inc y sus subsidiarias cumplen con todas las leyes aplicables de Derechos civiles federales y no discriminan ni excluyen a las personas por su raza, color de la piel, religión, género, identidad de género, sexo, orientación sexual, edad, discapacidad, origen nacional, condición de militar, condición de veterano, información genética, ascendencia, origen étnico, estado civil, idioma, estado de salud o necesidad de servicios de salud. Humana Inc.:

- Proporciona a las personas con discapacidades adaptaciones razonables y servicios y ayudas auxiliares gratuitas y adecuadas para comunicarse eficazmente con nosotros, como por ejemplo:
  - Intérpretes acreditados de lenguaje de señas
  - Información escrita en otros formatos (letra de imprenta grande, audio, formatos de acceso electrónico o de otro tipo).
- Proporciona servicios gratuitos de asistencia lingüística a personas cuya lengua materna no es el inglés, los cuales pueden incluir:
  - Intérpretes acreditados
  - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita adaptaciones razonables, ayudas auxiliares adecuadas o servicios de asistencia lingüística, póngase en contacto con **877-320-1235 (TTY: 711)**. Horario de atención: de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. Si usted cree que Humana Inc. no le ha prestado estos servicios o le ha discriminado por motivos de raza, color, religión, género, identidad de género, sexo, orientación sexual, edad, discapacidad, origen nacional, condición militar, condición de veterano, información genética, ascendencia, origen étnico, estado civil, idioma, estado de salud o necesidad de servicios de salud, puede presentar una queja en persona o por correo postal o electrónico a la atención del coordinador de no discriminación de Humana Inc. en P.O. Box 14618, Lexington, KY 40512-4618, **877-320-1235 (TTY: 711)**, o **accessibility@humana.com**. Si necesita ayuda para presentar una queja, el coordinador de no discriminación de Humana Inc. puede ayudarle.

También puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles, por medios electrónicos a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, en **<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>**, o por correo postal o por teléfono a:

- U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201. **800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)**.

Este aviso está disponible en **[www.humana.com/legal/non-discrimination-disclosure](http://www.humana.com/legal/non-discrimination-disclosure)**.

GHHNDN2025HUM

**Humana.**

## Multi-Language Insert

### Multi-language Interpreter Services

**English:** We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-877-320-1235 (TTY: 711). Someone who speaks English can help you. This is a free service.

**Spanish:** Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-877-320-1235 (TTY: 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

**Chinese Mandarin:** 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-877-320-1235 (听障专线：711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

**Chinese Cantonese:** 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-877-320-1235 (聽障專線：711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

**Tagalog:** Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-877-320-1235 (TTY: 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

**French:** Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-877-320-1235 (TTY: 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

**Vietnamese:** Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-877-320-1235 (TTY: 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

**German:** Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-877-320-1235 (TTY: 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

**Korean:** 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-877-320-1235 (TTY: 711) 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Form CMS-10802 (Expires 12/31/25)

Form Approved OMB# 0938-1421

**Russian:** Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-877-320-1235 (TTY: 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

**Arabic:** إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بخططنا الصحية أو خطة الأدوية الموصوفة لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على (TTY: 711) 1-877-320-1235. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

**Hindi:** हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-877-320-1235 (TTY: 711) पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

**Italian:** È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-877-320-1235 (TTY: 711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

**Portuguese:** Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-877-320-1235 (TTY: 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

**French Creole:** Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-877-320-1235 (TTY: 711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

**Polish:** Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-877-320-1235 (TTY: 711). Ta usługa jest bezpłatna.

**Japanese:** 当社の健康保険と処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスをご用意しています。通訳をご用命になるには、1-877-320-1235 (TTY:711) にお電話ください。日本語を話す者が支援いたします。これは無料のサービスです。



## Obtenga **más** información



¿Necesita ayuda para encontrar un médico o una farmacia? Puede ver el **Directorio de proveedores y farmacias** de este plan en nuestro sitio web en **[es-www.humana.com/Find-Care](https://es-www.humana.com/Find-Care)** o llámenos al número que está al comienzo de este folleto y le enviaremos uno. Muchas listas de médicos incluyen una calificación Care Highlight®. Estas calificaciones en calidad clínica y eficacia en función del costo pueden ayudarle a tomar decisiones informadas sobre el cuidado de su salud. Las calificaciones solo aparecen cuando tenemos suficiente información para medir la calidad clínica y la eficacia en función del costo de un médico. Obtenga más información en **[es-www.humana.com/CareHighlight](https://es-www.humana.com/CareHighlight)**.



Puede ver la **Guía de medicamentos** de este plan en nuestro sitio web en **[es-www.humana.com/medicaredruglist](https://es-www.humana.com/medicaredruglist)** o llámenos al número que está al comienzo de este folleto y le enviaremos una.

Las calificaciones de calidad clínica y eficacia en función del costo están disponibles en todos los estados, excepto Alaska. Las calificaciones no están disponibles para todos los médicos. Care Highlight está destinado únicamente con fines informativos. Los afiliados tienen acceso a todos los médicos en la red de Humana, independientemente de si el médico tiene una calificación Care Highlight o no. Las calificaciones no deben ser la única base para seleccionar un médico. Humana no otorga pagos basados en el desempeño a los médicos según estas calificaciones. Las calificaciones no garantizan la calidad ni el resultado de los servicios de cuidado de la salud.

Para obtener más información acerca de la cobertura y los costos de Medicare original, consulte su manual actualizado "Medicare y usted". Puede verlo en línea en <https://es.medicare.gov> o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para solicitar una copia, las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Humana Gold Plus SNP-DE H0028-032 (HMO D-SNP) ha sido aprobada por el Comité Nacional de Control de Calidad (NCQA, por sus siglas en inglés) para operar como un Plan de necesidades especiales (SNP, por sus siglas en inglés) hasta el 12/31/2025 basado en una revisión del Modelo de cuidado de Humana Gold Plus SNP-DE H0028-032 (HMO D-SNP).

Si recibe asistencia de Medicare para el pago de costos compartidos, los proveedores de Humana Gold Plus SNP-DE H0028-032 (HMO D-SNP) no pueden cobrarle ni facturarle por servicios y artículos cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare, incluidos deducibles, coseguro y copagos, incluso cuando el pago de Medicaid es cero o cuando un proveedor decide no acudir a Medicaid. Si un proveedor le pide que pague, eso va en contra de la ley. Sin embargo, usted puede ser responsable de un pequeño copago de Medicaid.

Si se le factura o se le pide que pague a un proveedor de la red deducibles, coseguro o copagos por los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare, infórmele al proveedor que tiene protección contra el pago de costos compartidos y que no se le puede cobrar. Si usted ya ha efectuado el pago, tiene derecho a un reembolso. Si su proveedor no deja de facturarle, puede llamarnos al 1-800-457-4708 o llamar a Medicare al 1-800-Medicare (1-800-633-4227), (TTY 1-877-486-2048). Humana o Medicare pueden pedirle a su proveedor que deje de facturarle y que le reembolse cualquier pago que usted haya realizado.





## Obtenga **más** información

---

Los servicios de telesalud que se muestran son adicionales a los servicios de telesalud cubiertos por Medicare original. Su costo puede ser diferente para los servicios de telesalud de Medicare original. Las limitaciones para los servicios de telesalud, también conocidos como consultas virtuales o telemedicina, varían según el estado. Estos servicios no sustituyen el cuidado médico en casos de emergencia y no tienen como fin reemplazar a su proveedor de cuidado primario ni a otros proveedores de su red. Cualquier descripción de cuándo utilizar los servicios de telesalud tiene fines informativos únicamente y no debe interpretarse como asesoramiento médico. Consulte su Evidencia de cobertura para obtener detalles adicionales sobre lo que podría cubrir este plan u otras reglas que podrían aplicarse.

Además de los beneficios de la Parte C y los beneficios de la Parte D, los planes pueden ofrecer los beneficios suplementarios.

Todos los nombres de productos, logotipos, marcas y marcas registradas son propiedad de sus respectivos dueños, y cualquier uso no implica aprobación.

ESTA PÁGINA SE HA DEJADO EN BLANCO POR REQUISITOS DE IMPRESIÓN

## Más información a solo un clic de distancia

Visite [es-www.humana.com/PlanDocuments](http://es-www.humana.com/PlanDocuments) para ver detalles adicionales de este plan, incluidos los beneficios y costos.

Si desea que se le envíe por correo una copia impresa de la Evidencia de cobertura, el Directorio de proveedores o la Guía de medicamentos, puede solicitarla en línea en el sitio web que se indica anteriormente, o llamar al **1-800-457-4708 (TTY: 711)**, las 24 horas, los siete días de la semana. Cuando llame, tenga preparada su tarjeta de identificación del afiliado de Humana. Cuando se le solicite el motivo por el cual ha llamado, diga "Evidencia de cobertura", "Guía de medicamentos" o "Directorio de proveedores".

## Active su cuenta segura de MyHumana.

Su cuenta en línea de MyHumana es una parte importante de su afiliación a Humana. Utilícela para ver los detalles de este plan en cualquier momento y acceder a documentos importantes del plan en línea, todo en un solo lugar. Es fácil de usar y se adapta a sus necesidades.

### ¿Ya tiene una cuenta?

Visite [es-www.humana.com/Member/ManageYourAccount](http://es-www.humana.com/Member/ManageYourAccount) e inicie sesión.

### ¿Todavía no tiene una cuenta?

Cree una utilizando el mismo enlace anterior en unos pocos minutos.

## Recepción de información sobre otros productos de seguro

Como afiliado de Humana, podemos llamarle para ofrecerle otros productos relacionados con seguros. Puede excluirse de futuras llamadas usando el número de Atención al cliente que aparece al reverso de su tarjeta de identificación.

**Humana Inc.**

P.O. Box 14168  
Lexington, KY 40512-4168

Información importante sobre este plan

[es-www.humana.com](http://es-www.humana.com)